

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Ziele und Handlungsbedarf**

##### **1. Zur Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen**

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen bietet eine Patientenversorgung auf hohem Niveau. Mit seiner Innovationskraft ist es zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass

- die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt,
- die Qualität der Versorgung erheblich variiert und
- Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.

Auch angesichts großer Herausforderungen – insbesondere des demographischen Wandels, der Entdeckung neuer Krankheiten und damit neuer Behandlungsnotwendigkeiten sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts – muss das Gesundheitswesen weiterentwickelt werden. Das gilt sowohl für die Finanzierungsseite als auch für die Angebotsstrukturen des Systems. In den nächsten zwei Jahrzehnten wird die Zahl älterer Menschen in Deutschland weiter zunehmen. Damit wird ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich.

Vor diesem Hintergrund bedarf es in Fortsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes weiterer tiefgreifender Reformen unseres Gesundheitswesens. Dabei muss eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmeseite im Gesundheitswesen gleichzeitig verbunden sein mit einer Reform auf der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden.

## **2. Das GKV-Modernisierungsgesetz als Wegbereiter weiterer Reformen**

Bereits das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Es hat

- die Qualität und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht,
- die Stellung der Patienten im Gesundheitssystem gestärkt,
- die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessert und
- den Wettbewerb der Leistungserbringer ausgeweitet.

Die Praxisgebühr hat die erwünschten Steuerungsfunktionen entfaltet. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke können die Qualität der Versorgung verbessern. Mit Medizinischen Versorgungszentren wurden neue ambulante Versorgungsformen bundesweit zugelassen.

Das GMG hat einen wesentlichen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Nettoverschuldung, die Ende 2003 saldiert bei über 6 Mrd. € lag, konnte saldiert bis Ende 2005 nahezu vollständig abgebaut werden. Allerdings wiesen noch immer 81 Krankenkassen mit mehr als der Hälfte aller Versicherten Schulden auf, die bis Ende 2007 vollständig abgetragen werden müssen.

## **3. Grundlegende Ziele der anstehenden Gesundheitsreform**

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird das Gesundheitssystem auf allen Ebenen neu strukturiert und wettbewerblicher ausgerichtet. Damit werden insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung,
- der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellung für eine künftige Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,

- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassen- und auf Leistungserbringerseite sowie Straffung der Institutionen,
- Entbürokratisierung und Vergrößerung der Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV sowie künftige Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,

Ausweitung der Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten in der privaten Krankenversicherung.

- Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt damit die mit dem GMG eingeleitete Gesundheitspolitik in Richtung
  - Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten,
  - Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern,
  - Erhöhung der Transparenz über Angebote, Leistungen und Abrechnungen sowie
  - Verminderung des bürokratischen Aufwandskonsequent fort.

#### **4. Ausbau der Prävention zur eigenständigen Säule des Gesundheitswesens**

Ein weiteres wichtiges gesundheitspolitisches Ziel ist der Ausbau der Prävention zur eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung. Die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung werden ein Präventionsgesetz erarbeiten, mit dem Kooperation und Koordination sowie die Qualität der Maßnahmen Sozialversicherungsträger und -zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert und an Präventionszielen ausgerichtet werden.

Wichtige Elemente einer Verbesserung der Prävention im System der gesundheitlichen Versorgung sind bereits in diesem Gesetz enthalten. So wird die Selbsthilfe und die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt und Schutzimpfungen werden als Pflichtleistungen der Krankenkassen verankert.

#### **5. Reform der Pflegeversicherung**

Neben der GKV-Reform und der Schaffung eines eigenständigen Präventionsgesetzes wird die Bundesregierung die notwendige Fortentwicklung der Pflegeversicherung angehen. Die Pflegeversicherung hat ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht und hilft mit ihren Leistungen den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, die Pflege besser zu meistern. Damit dies an-

gesichts der demografischen Entwicklung so bleibt, wird auch die Pflegeversicherung grundlegend reformiert.

Vorab sind in der GKV-Reform Regelungen zum Abbau von Schnittstellen zwischen den beiden Leistungssystemen vorgesehen. Diese Neuregelungen kommen den pflegebedürftigen Menschen ebenso zugute wie die zugleich vorgesehenen Leistungsverbesserungen. Dies gilt etwa für die Verankerung eines Anspruches auf geriatrische Rehabilitation und die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung sowie die neue spezialisierte Palliativversorgung oder für Verbesserungen bei der Hilfsmittelversorgung und der häuslichen Krankenpflege.

In der Pflegeversicherung wurde für viele Regelungsbereiche der Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" verankert. Dies gilt etwa für das Mitgliedschaftsrecht, das Beitragsrecht oder das Organisationsrecht. Dieser Grundsatz hat sich bewährt. Daher ist es erforderlich, eine Vielzahl von Vorgaben der GKV-Reform für die Krankenversicherung bereits jetzt und nicht erst in der Pflegereform in das Recht der Pflegeversicherung zu übernehmen. Dadurch werden absehbare Probleme und zusätzlicher bürokratischer Aufwand bei der den Krankenkassen obliegenden Durchführung der Pflegeversicherung vermieden, die bei einer Rechtszersplitterung zu befürchten sind.

## **II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes**

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden die Strukturen des Gesundheitswesens auf allen Ebenen modernisiert und neu geordnet. Wesentliche Schwerpunkte sind:

- Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und stärker wettbewerbsfähig ausgestaltet. Dies wird erreicht u.a. durch Wahltarife, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Bewertung von neuen Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen.
- Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds werden die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen

Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten wird eingeleitet.

- Der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung wird fortgeführt und ausgebaut. Durch die teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig wird abgesichert, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem beibehaltenen Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.
- Durch die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV und die Schaffung eines PKV-Basistarifs werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten in der privaten Krankenversicherung ausgeweitet.

#### **1. Absicherung im Krankheitsfall für alle – mehr Wahlmöglichkeiten und neue Leistungen für GKV-Versicherte**

Für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall wird es künftig einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung geben. Der Umfang des bestehenden Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt im wesentlichen bestehen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird in allen Bereichen und auf allen Ebenen innerhalb klarer, verlässlicher Regeln der Wettbewerb intensiviert, um Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu verbessern. Zugleich erhalten die Versicherten durch mehr Wettbewerb und mehr Transparenz künftig noch stärkere Wahlmöglichkeiten. So kann bei Wahrung des sozialen Schutzes gleichzeitig auch mehr Individualität verwirklicht und eine am jeweiligen Bedarf orientierte medizinische Versorgung weiter gefördert werden. In bestimmten Bereichen wie z.B. der Palliativversorgung werden neue Leistungen in den Leistungskatalog aufgenommen. Dafür wird in Bereichen, in denen aufgrund medizinisch nicht-notwendiger Eingriffe Behandlungsbedürftigkeit entsteht, mehr Eigenverantwortung eingefordert. Grundsätzlich gilt:

- Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Für Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz im Basistarif anzubieten. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind. Die private Krankenversicherung wird hierfür einen dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten – ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Sie ersetzt den bisherigen, in seiner Wirkung unzureichenden Standardtarif in der privaten Krankenversicherung.
- Versicherte in der GKV haben künftig Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Geriatrische Rehabilitationsleistungen, empfohlene Schutzimpfungen sowie Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden von Satzungs- und Ermessensleistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen überführt. Häusliche Krankenpflege wird künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt. Bei ambulanter Entbindung in Geburtshäusern wird künftig eine Betriebskostenpauschale gewährt. Die Rahmenbedingungen für Kinderhospize werden verbessert.
- Die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewußtem und eigenverantwortlichem Verhalten wird künftig besonders betont: In Zukunft gilt für chronisch kranke Versicherte nur dann eine reduzierte Zuzahlungsbelastungsgrenze, wenn sie vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Für alle bereits heute nach der Chroniker-Regelung begünstigten Versicherten bleibt es bei der reduzierten Belastungsgrenze. Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten.
- Mehr Eigenverantwortung wird bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe wie z.B. Komplikationen in Folge von Schönheitsoperationen oder Piercing eingefordert. Hier haben die Krankenkassen den Leistungsumfang einzuschränken.
- Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten künftig Wahltarife anzubieten. Hierzu gehören spezielle Tarife bei Nutzung von Angeboten besonderer Versor-

gungsformen oder die Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen. Die Krankenkassen können auch fakultative Selbstbehaltstarife in begrenzter Höhe oder einen Kostenerstattungstarif anbieten.

- Alle Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig spezielle Hausarzttarife anbieten. Dabei bleibt für Ärzte und für Versicherte die Teilnahme an entsprechenden Modellen freiwillig.
- Die Möglichkeiten für Versicherte, Kostenerstattung zu wählen, werden flexibilisiert und entbürokratisiert.
- Versicherte können künftig Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die entsprechend zertifiziert sind, eigenständig auswählen. Mehrkosten sind nur dann zu tragen, wenn die Kosten hierfür über die von Vertragseinrichtungen der Krankenkassen hinausgehen.

## **2. Mehr Wettbewerb der Leistungserbringer durch größere Vertragsfreiheit für Krankenkassen**

Der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiter intensiviert. Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung werden so deutlich verbessert. Stärker als bisher wird sich die medizinische Versorgung künftig am Bedarf und an den Interessen der Versicherten orientieren und darauf ausgerichtet sein, heute noch bestehende Schnittstellenprobleme zu beseitigen. Die ambulante Versorgung stützt sich weiterhin auf freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte sowie in besonderen Fällen auf die Behandlung am Krankenhaus. Im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Patienten werden die Zusammenarbeit der verschiedenen Arztgruppen und die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbessert, die Übergänge erleichtert und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Hierzu können die Krankenkassen stärker als bisher – unter Wahrung des Schutzes vor Diskriminierung und Missbrauch – Einzelverträge abschließen und besondere Vereinbarungen treffen. Mit Blick auf die damit gewollte Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der GKV wird dafür Sorge zu tragen sein, dass ein adäquater wettbewerbsrechtlicher Rahmen zum Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch marktbeherrschender Stellungen greift, der sowohl den Leistungserbringern als auch den Krankenkassen Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung bietet. Für Einzelverträge sind insbesondere folgende Regelungen vorgesehen:

- Künftig können Krankenkassen in erweitertem Umfang mit Ärzten besondere Vereinbarungen treffen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen. Kassen können solche Verträge allein oder in Kooperation mit anderen Kassen aushandeln. Ärzte können einzeln oder als Gruppe Vertragspartner sein. Vertragspartner können auch Managementgesellschaften sein, wie in der integrierten Versorgung bereits vorher möglich. Das Wettbewerbsfeld der Einzelverträge umfasst die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge).
- Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt und künftig insbesondere im Hinblick auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgebaut. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Bereich wird die Anschubfinanzierung verlängert. Die Pflege wird in die integrierte Versorgung eingebunden. Krankenhäuser können künftig – ohne an weitere Voraussetzungen gebunden zu sein – im Rahmen der integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V ambulant erbringen.
- Die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen, zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird darüber hinaus durch die Einführung eines Zulassungsverfahrens durch die Länder vorangetrieben.

Diese Maßnahmen bilden zusammen mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems und den im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgesehenen Regelungen zur Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechts die Grundlage dafür, die Bedarfszulassung im Sinne von Zulassungssperren zu einem späteren Zeitpunkt abzulösen und künftig auf eine Versorgungsplanung zu konzentrieren, die auch sektorenübergreifend sein sollte.

In der zahnärztlichen Versorgung wird die Bedarfszulassung bereits mit diesem Gesetz abgeschafft.

### **3. Neues Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung**

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich beginnend mit dem Jahr 2006 konnte von der dafür zuständigen gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen nicht umgesetzt werden. Deshalb wird das ärztliche Vergütungssystem vereinfacht und die Transparenz deutlich erhöht. Ärzte erhalten weitgehende Kalkulationssicherheit, weil sie – anders als heute – im Voraus wissen, wie hoch die Vergütung der erbrachten Leistungen ist. Konkret ist insbesondere vorgesehen:

- Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird abgelöst durch eine Euro-Gebührenordnung. Diese wird – für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich nach unterschiedlichen Kriterien entwickelte – Pauschalvergütungen in Kombination mit einer überschaubaren Zahl von Einzelleistungsvergütungen vorsehen. Abstufungsregelungen sorgen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung.
- Für die Erbringung besonders qualifizierter Leistungen sind Honorarzuschläge in der Euro-Gebührenordnung vorzusehen.
- Mit dem neuen Vergütungssystem wird das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen. Die bisherige Budgetierung, die an die Grundlohnsumme anknüpft, wird abgeschafft. Die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung sind künftig an der Morbidität der Versicherten orientiert, d.h. für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, ist von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung zu stellen.
- Die Kosten- und Mengensteuerung erfolgt durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen im künftigen Vergütungssystem.
- Zum Abbau von Über- und Unterversorgung werden künftig finanzielle Anreize bei der Ausgestaltung der Euro-Gebührenordnung vorgesehen.
- Um die Vergütungsreform zu erarbeiten, wird die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen im Bewertungsausschuss durch ein neutrales professionelles Institut unterstützt.

#### **4. Mehr Wettbewerb, mehr Qualität, mehr Effizienz in der Arzneimittelversorgung**

Die Kosten für die Arzneimittelversorgung sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten stärker angestiegen als die Einnahmen der GKV und die Ausgaben anderer Leistungsbereiche. Trotz vielfältiger Steuerungsversuche, Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen konnte diese Dynamik nicht gebremst werden. Maßgeblich hierfür ist unter anderem die zunehmende Zahl von Verordnungen teurer Arzneimittel, deren therapeutischer Zusatznutzen nicht für alle Patienten erwiesen ist. Deshalb wird die Arzneimittelversorgung mit diesem Gesetz insgesamt deutlich wettbewerblicher ausgerichtet; damit werden die Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung weiter erhöht.

Bereits durch das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung haben die Krankenkassen neue Möglichkeiten erhalten, mit pharmazeutischen Unternehmen spezielle Vereinbarungen zu treffen. Die Maßnahmen dieses Gesetzes führen diesen Weg fort, beziehen Apotheker mit ein und bereiten so den Weg für mehr Flexibilität, mehr Effizienz und mehr Qualität.

- Arzneimittel-Preise sind künftig keine Fest- sondern Höchstpreise, die jeweils unterschritten werden können. Die Einsparungen hieraus sollen den Kostenträgern und Endverbrauchern zugute kommen. Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers können von diesem nur mit den Krankenkassen in Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V vereinbart werden. Apotheken können an diesen Verträgen beteiligt werden und in eigener Initiative entsprechende Verträge in den Fällen schließen, in denen die Krankenkasse nicht tätig wird. Für die Abgabe von Generika können die Krankenkassen mit den Apotheken auch Zielpreisvereinbarungen treffen mit der Folge, dass die Apotheken im Rahmen der Zielpreisvereinbarungen die Generika zur Abgabe selbst auswählen. Die Arzneimittelpreisverordnung wird auf Höchstpreise umgestellt. Die Apotheken können somit bei der Abrechnung von Arzneimitteln mit den Krankenkassen oder bei der Abgabe an ihre Kunden auf einen Teil ihrer Marge verzichten; dies entscheidet jede einzelne Apotheke selbst.
- Es wird ein wirtschaftlicher Anreiz für flächendeckende Preisverhandlungen gesetzt: Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken in den ersten 12 Monaten nach dem Inkrafttreten dieser Vorschrift nicht mindestens ein Einsparvolumen von 500 Mio. Euro erzielt, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Apothekenrabatt.

- Die Möglichkeiten zur kostensparenden Versorgung mit Einzeldosen von Arzneimitteln werden verbessert. Die Abgabe einzelner Tabletten aus Großbinden durch Apotheken wird erleichtert.
- Für neue Arzneimittel sollen die Mehrkosten nicht höher sein als ihr zusätzlicher Nutzen. Daher wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Dabei sollen auch andere Behandlungsformen berücksichtigt werden. Dies schafft eine angemessene Grundlage für die Bestimmung der Erstattungshöhe und für Preisverhandlungen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist keine zusätzliche Voraussetzung zur Zulassung.
- Die Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln, insbesondere bio- und gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln und Diagnostika muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die Anforderungen an die Qualifikation dieser Ärzte werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung nach Abstimmung mit den Fachkreisen festgelegt. Damit wird ein gezielter, indikationsgerechter Einsatz dieser Präparate und eine bewusste Verlaufskontrolle gewährleistet. Dies fördert eine rationale Arzneimitteltherapie, gewährleistet einen optimalen Einsatz der Ressourcen und verbessert die Patientensicherheit. Die freie Arztwahl bleibt erhalten.
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf einschlägige Fälle von Ressourcenverschwendung konzentriert. Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens 2 Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.
- In Gemeinschaftseinrichtungen wie z.B. Hospizen und Pflegeheimen, die Arzneimittel zentral lagern, dürfen künftig nicht genutzte Betäubungsmittel für andere Patienten verordnet werden.

## **5. Verstärkter Preiswettbewerb im Heil- und Hilfsmittelbereich**

Durch die Weiterentwicklung der Vorschriften zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln wird insbesondere der Preis- und Qualitätswettbewerb intensiviert.

- Der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Heilmittelversorgung wird durch eine weitere Flexibilisierung des Vertragsgeschehens gestärkt.

- Die Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung sollen einen verstärkten Vertrags- und Preiswettbewerb bei gleichzeitiger Erhaltung der Versorgungsqualität fördern. Den Krankenkassen werden erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Insbesondere durch Ausschreibungen können Einsparungen bei den Leistungsausgaben in relevanter Größenordnung erreicht werden. Die bisherige Zulassung der Leistungserbringer entfällt; künftig soll die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen.
- Die Vorschriften zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel werden weiterentwickelt, um die Wirksamkeit dieses Instruments weiter zu verbessern und die Qualität der Versorgung zu sichern. Darüber hinaus werden die Mitwirkungsrechte der Hersteller im Rahmen der Hilfsmittelversorgung gestärkt, die Transparenz verbessert, bürokratische Belastungen abgebaut sowie einige notwendige Klarstellungen vorgenommen.

## **6. Ausgabensenkung bei Fahrkosten**

Um den überproportionalen Anstieg der Krankenkassenausgaben im Bereich der Fahrkosten zu kompensieren, werden Ausgabenabschläge in Höhe von 3 v. H. vorgenommen, in die auch die Rettungsfahrten einbezogen werden.

## **7. Einbeziehung des stationären Bereichs**

Ab dem Jahr 2003 ist in den Akutkrankenhäusern ein leistungsorientiertes Fallpauschalensystem (DRGs) für die Vergütung der stationären Leistungen eingeführt worden. Seit dem Jahr 2005 werden die heute noch sehr unterschiedlichen Krankenhausbudgets schrittweise an ein landeseinheitliches Preisniveau herangeführt. Dieser Prozess wird erst Ende 2008 abgeschlossen sein und führt zu erheblichen Veränderungen der Krankenhausversorgung. So bewirken verkürzte Liegezeiten der Patienten im Krankenhaus eine zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich. Auch Zahl und Struktur der Krankenhäuser verändern sich. Rechtzeitig vor Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden. Dabei ist auch zu klären, wie innerhalb eines später noch zu definierenden Zeitraums der Umstieg von der dualen zur monistischen Finanzierung gestaltet werden kann. Hierüber wird zu gegebener Zeit zu entscheiden sein. Mit dem vorliegenden Gesetz werden folgende Weichenstellungen vorgenommen:

- Die Umsetzung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus wird durch Einführung eines Zulassungsverfahrens durch die Länder vorangetrieben. Dadurch wird eine verbesserte Umsetzung der Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung erreicht.
- In der integrierten Versorgung werden Krankenhäuser stärker als bisher für die ambulante Versorgung geöffnet. Krankenhäuser können künftig im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen, Leistungen zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen, unabhängig davon, ob ein Vertragsarzt an der integrierten Versorgung teilnimmt und einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringt.
- Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der GKV, der in den Jahren 2005 und im ersten Halbjahr 2006 überproportionale Ausgabenzuwächse aufweist, angemessen an der Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen, werden sie zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 % der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen herangezogen. Hierzu sind folgende Maßnahmen vorgesehen: Kürzung der Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Personen, Absenkung der Mindererlösquote der Krankenhäuser von bisher 40 auf 20 % sowie Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung.
- Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene werden beauftragt, bei Patienten bei deren Behandlung extreme Kostenunterdeckungen entstehen, vertiefte Prüfungen bei der Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems durchzuführen.
- Als Beitrag zum Bürokratieabbau wird die übermäßige Nutzung der Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst bei der Abrechnung von stationären Fällen eingedämmt. Durch die Einführung einer sechswöchigen Frist und einer Aufwandspauschale werden Anreize für ein zielorientierteres und zügigeres Prüfverfahren gesetzt.

## **8. Maßnahmen zur Überwindung der Probleme an Schnittstellen**

Die Schnittstellenproblematik zwischen den Versorgungsbereichen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege führt häufig dazu, dass Patienten nicht optimal versorgt werden: Behandlungsabläufe werden unterbrochen, Finanzmittel werden verschwendet. Daher enthält das Gesetz gezielte Maßnahmen, um die Schnittstellenproblematik zu überwinden und Patienten einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu ermöglichen, ohne unnötige Wartezeiten und Pausen der Behandlung. Folgende Maßnahmen sind vorgesehen:

- Ein Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird eingeführt und damit die palliativmedizinische Versorgung in der GKV deutlich verbessert. Der Leistungsanspruch umfasst neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen – bei Bedarf rund um die Uhr – auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen.
- Die Leistungsangebote werden besser vernetzt. Künftig ist ein verbessertes Entlassmanagement vorgesehen. Bei Entlassung aus Krankenhäusern muss eine sachgerechte Anschlussversorgung sichergestellt werden.
- Bei häuslicher Krankenpflege werden besondere Lebensumstände stärker berücksichtigt: Häusliche Krankenpflege wird künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt.
- Es wird sichergestellt, dass Patienten notwendige Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder einer Verschlechterung bei bestehender Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten.
- Bezüglich der Hilfsmittelversorgung schwerstbehinderter Versicherter wird eine Klarstellung der Regelung zur Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen.
- Die Voraussetzungen, damit sektorenübergreifend die Qualität der Leistungserbringer überprüft werden kann, werden geschaffen.
- Die medizinische Behandlungspflege bleibt auf Dauer Leistung der Pflegeversicherung.

## 9. Grundlegende Reform und Neuordnung der Institutionen

Die Institutionen des Gesundheitswesens werden mit diesem Gesetz neu geordnet, damit sie ihre Aufgaben und Funktionen in einem stärker wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen besser erfüllen können. Insbesondere ist vorgesehen:

- Alle Krankenkassen werden zum 1. Januar 2009 geöffnet. Für geschlossene Betriebskrankenkassen gilt eine Ausnahmeregelung.
- Die Bundesknappschaft und die Seekrankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt. Leistungs- und organisationsrechtliche Beschränkungen und Privilegien dieser Kassenarten werden aufgehoben.
- Jede Kasse soll auch außerhalb ihres Erstreckungsgebietes z.B. durch Kooperationen sicherstellen, dass ihre Versicherten auch über die kollektivvertraglich vereinbarte Regelversorgung hinaus besondere Versorgungsformen in Anspruch nehmen können.
- Es werden kassenartenübergreifende Fusionen ab 1. April 2007 ermöglicht, um den Prozess der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten der Krankenkassen und der Angleichung der Wettbewerbsebenen zu beschleunigen. Die Krankenkassen werden hierdurch in die Lage versetzt, den gestiegenen Anforderungen an die Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden.
- Zur Straffung der Entscheidungswege und zur Vermeidung von Handlungsblockaden bilden Krankenkassen künftig auf Bundesebene einen Spitzenverband. Der Spitzenverband vertritt alle Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. So vertritt der Spitzenverband künftig im Gemeinsamen Bundesausschuss die Interessen der Kassen und schließt alle nicht wettbewerblichen Verträge mit den Leistungserbringern. Auf Landesebene bleibt es für die Primärkassen bei der bisherigen Verbändestruktur. Da die Ersatzkassen schon bislang keine Landesverbände hatten, und ihre Verbände auf Bundesebene vergleichbar mit den übrigen Bundesverbänden die Eigenschaft als „Beliehene“ mit hoheitlichen Aufgaben und entsprechenden Eingriffsbefugnissen verlieren, werden die Ersatzkassen selbst auf Landesebene als Verhandlungs- und Vertragspartner beim Abschluss von Verträgen wie aber auch als Beteiligte bei sonstigen Maßnahmen und Entscheidungen benannt. Den Ersatzkassen ist es aber unbenommen, auch in Zu-

kunft dem VdAK/AEV weitere Aufgaben, wie z.B. auch die Führung von Vertragsverhandlungen für Krankenkassen zu übertragen.

- Wettbewerbliche Aufgaben werden von den Krankenkassen oder deren Verbänden wahrgenommen. Hier erhalten Kassen oder ihrer Verbände volle Vertragsfreiheit und damit neue Wettbewerbsfelder. Das gilt für die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge) als Einzelverträge ohne obligatorische Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, für Integrationsverträge sowie für Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken.
- Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden künftig auch weisungsunabhängige Hauptamtliche, die von Trägerorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung benannt werden, vertreten sein. Das Gremium setzt sich in Zukunft damit aus sechs hauptamtlichen und drei ehrenamtlichen unparteiischen Mitgliedern zusammen. Die Amtszeit der Hauptamtlichen wird auf zwei Amtsperioden begrenzt. Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses wird insbesondere durch eine stärker sektorenübergreifend ausgerichtete Organisation der Gremien gestrafft und transparenter gestaltet. Die Stellung der Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss wird durch erweiterte Möglichkeiten zur Konfliktlösung und Antragsrechte zur Einleitung des Bewertungsverfahrens für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gestärkt.
- Die Aufgaben und Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden angepasst an die neuen Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss gesonderter Verträge außerhalb des Kollektivvertragssystems und der Sicherstellungsauftrag dementsprechend eingeschränkt.
- Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen wird in Organisation, Aufgaben und Finanzierung dem neuen wettbewerblichen Ordnungsrahmen angepasst. Es werden neue Wege für die Nutzerfinanzierung und die Wahl verschiedener medizinischer Dienste und anderer medizinischer Gutachterdienste ermöglicht.

## **10. Weniger Bürokratie – mehr Transparenz**

Auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wird Bürokratie abgebaut. Gleichzeitig entsteht mehr Transparenz für alle Beteiligten. Zu den zahlreichen Maßnahmen in diesem Bereich gehören insbesondere:

- Schaffung des neuen Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung mit festen Preisen innerhalb vereinbarter Mengen bei weitgehender Pauschalierung.
- Verbesserte Informationen der Versicherten über Leistungsangebote und Qualität der Leistungserbringer.
- Verbesserte Transparenz der Entscheidungen in den Selbstverwaltungsgremien.
- Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser.
- Vereinfachte Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen.
- Schaffung einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs).
- Vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich (RSA) einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs.

## **11. Mehr Effizienz und Transparenz durch Einrichtung eines Gesundheitsfonds**

Die Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit diesem Gesetz auf eine neue Grundlage gestellt: Es wird ein Gesundheitsfonds eingerichtet. Dies garantiert eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird deutlich intensiviert. Die Krankenkassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge ihrer Mitglieder und der Arbeitgeber. Die Krankenkassen können sich vielmehr in Zukunft im Wettbewerb darauf konzentrieren, ihren Versicherten möglichst zielgenaue, qualitätsgestützte und effiziente Versorgungsformen und –tarife anzubieten. Versicherte verfü-

gen künftig über klare Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Kasse. Durch den Fonds werden die Krankenkassen gezwungen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, um ihre Versicherten halten zu können. Bis Ende 2007 und damit vor Einführung des Gesundheitsfonds müssen sich heute noch verschuldete Kassen entschulden.

Konkret wird geregelt:

- Es wird ab 2009 ein Gesundheitsfonds eingerichtet. Hierzu werden die bestehenden Strukturen beim Bundesversicherungsamt genutzt. Dies bedeutet, dass kein bürokratischer Mehraufwand entsteht.
- Die Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen werden per Rechtsverordnung festgelegt, dabei enthält der Arbeitnehmerbeitrag auch den heutigen Sonderbeitrag von 0,9 %. Die Verteilung der Beitragslast entspricht dem heutigen Niveau.
- In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzmitteln gestartet; bis Ende 2007 und damit vor dem Start des neuen Modells müssen die Kassen daher entschuldet sein.
- Der Beitragseinzug bleibt bei den Krankenkassen. Arbeitgeber haben ab dem Jahr 2011 die zusätzliche Möglichkeit, durch Entrichtung der Beiträge an kassenartenübergreifende Weiterleitungsstellen ihren Verwaltungsaufwand zu reduzieren.
- Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Kassen künftig für ihre Versicherten neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Das bisherige Verfahren des Risikostrukturausgleichs wird durch den Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht. Durch die einheitliche Finanzierung aller Krankenkassen über den Gesundheitsfonds entfällt eine Differenzierung in Zahler- und Empfängerkassen. Zugleich wird der Einkommensausgleich auf 100 Prozent vervollständigt und die Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Fonds werden zielgenauer auf die unterschiedlichen Risiken der Versicherten (wie z.B. Alter, Krankheit, Geschlecht) der verschiedenen Kassen ausgerichtet. Zu diesem Zweck wird insbesondere die unterschiedlich zwischen den Krankenkassen verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten berücksichtigt, indem für 50 bis 80 insbesondere schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge ermittelt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 % übersteigen. Krankenkassen mit einer hohen Zahl über-

durchschnittlich kranker Versicherter haben daher künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr.

Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine Konvergenzphase eingeführt, binnen derer unterschiedliche Einnahmen- und Ausgabenstrukturen der Kassen angeglichen werden.

In dieser Konvergenzphase werden unterschiedliche Belastungen durch die Verteilungsmechanismen des Fonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. € (bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Kassen) angeglichen. Dieser Höchstangleichungsbetrag von 100 Mio. € wird jeweils auf das Land mit der höchsten absoluten Belastung (Referenzland) bezogen, hiervon abgeleitet werden die Ausgleichsbeträge der anderen Länder jeweils im Verhältnis der Belastungen zum absoluten Wert des Referenzlandes ermittelt.

Die zugrunde zu legenden länderspezifischen Belastungswirkungen werden durch ein Gutachten ermittelt.

- Krankenkassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Die Organisation einer möglichst kostengünstigen Versorgung und das Angebot von Kosten sparenden Tarifen für Versicherte ist hier von Bedeutung. Reicht dies nicht aus, haben Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, darf dieser Zusatzbeitrag 1 % des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds nicht überschreiten. Davon abweichend wird der Zusatzbeitrag bis zu einem Betrag von monatlich 8 Euro ohne Einkommensprüfung erhoben. Erwirtschafteten Kassen Überschüsse, können sie diese – sofern sie über ausreichende Finanzreserven verfügen - an ihre Versicherten ausschütten.
- Im Startjahr sollen die Finanzmittel, die über die Beitragseinnahmen und die zusätzlichen Steuermittel in den Fonds fließen, ausreichen, um die zu erwartenden Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken. Zudem soll zeitlich gestreckt eine Liquiditätsreserve aufgebaut werden. Sollte die Liquiditätsreserve nicht ausreichen, ist eine rückzuzahlende Liquiditätshilfe des Bundes vorgesehen.
- Aus dem Fonds müssen mindestens 95 % der Ausgaben bestritten werden. Der gesetzlich festgelegte Anpassungsprozess sieht vor, dass unvermeidbare Kostensteigerungen

durch medizinischen Fortschritt und demographische Entwicklung zunächst über den vereinbarten anwachsenden Steuerzuschuss getragen werden, darüber hinausgehend von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen.

## **12. Mehr gesamtgesellschaftliche Solidarität durch Steuerzuschüsse**

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt auch heute noch eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Lasten, wie insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds verbunden sind Fortführung und Ausbau der teilweisen Finanzierung der eingangs beschriebenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuermittel. Damit wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig gelingt es, in der GKV gesamtgesellschaftliche Solidarität zu verwirklichen.

- Im Haushaltsjahr 2008 soll ein Zuschuss aus Haushaltsmitteln in Höhe von 1,5 Mrd. Euro über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen gezahlt werden. Im Jahr 2009 soll ein Bundeszuschuss in Höhe von 3 Mrd. Euro aus Haushaltsmitteln in den Gesundheitsfonds fließen.
- Der Bundeszuschuss soll in den Folgejahren weiter ansteigen. Die Sicherung der Finanzierung erfolgt in der nächsten Legislaturperiode.

## **13. Wettbewerb innerhalb der PKV und zwischen GKV und PKV**

Die Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird verändert. Das spezifische Geschäftsmodell der PKV, das durch geschlechts- und altersbezogene Beiträge sowie die Bildung einer Alterungsrückstellung gekennzeichnet ist, bleibt erhalten. Durch die Portabilität der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (PKV) im Umfang des Basistarifs sowie die Schaffung eines Basistarifs in der privaten Versicherung werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten verbessert. Dazu sieht der Entwurf im Einzelnen folgende Regelungen vor:

- Alle Unternehmen der PKV bieten künftig einen Basistarif an, der sich am Leistungsumfang der GKV orientiert. Der Leistungsumfang des Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich. Der Inhalt wird durch eine Verweisung auf die Pflichtleistungen der GKV definiert.

- Der Basistarif tritt neben die bestehenden Tarife. Der Basistarif kann mit Zusatzversicherungen desselben oder eines anderen PKV-Unternehmens kombiniert werden. Ein Wechsel in einen der anderen Tarife ist möglich.
- Jeder PKV-Versicherte, freiwillig GKV-Versicherte und alle Nichtversicherten, die vormals in der PKV versichert waren oder systematisch der PKV zuzuordnen sind, können in den Basistarif wechseln. Es gelten ein Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung; um eine nicht behebbare Risikoselektion zu verhindern, wird ein branchenweiter Risikoausgleich eingeführt.
- Die Alterungsrückstellung des Basistarifs wird beim Wechsel zwischen PKV-Unternehmen übertragen (Portabilität), eine Auszahlung scheidet aus. Für Versicherungsnehmer, die aus einem anderen Tarif in einen Vollversicherungstarif bei einem anderen PKV-Unternehmen wechseln, wird die vorhandene Alterungsrückstellung höchstens in der Höhe übertragen, die dem Leistungsniveau des Basistarifs entspricht.
- Der Beitrag für den Basistarif wird der Höhe nach begrenzt; um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.
- Voraussetzung für einen Wechsel freiwillig gesetzlich krankenversicherter Arbeitnehmer zur PKV ist künftig, dass ihr Arbeitsentgelt in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat. Diese Regelung tritt rückwirkend zum Tag der ersten Lesung in Kraft.

#### **14. Auswirkungen von Gesetzen auf die GKV**

Nach den vom Bundeskabinett am 12. Juli 2006 beschlossenen Eckpunkten für eine Gesundheitsreform 2006 müssen finanzwirksame Leistungen, die durch Entscheidungen oder Maßnahmen Dritter zu Lasten der GKV beschlossen werden, künftig besonders ausgewiesen werden (z.B. in Gesetzentwürfen). Das Bundesministerium des Innern wird diese Vorgabe bei der Novellierung der Gemeinsamen Geschäftsordnung berücksichtigen. Bei künftigen Gesetzentwürfen der Ressorts sind somit die Auswirkungen auf die Einnahmen und Ausgaben (Brutto)

der öffentlichen Haushalte einschließlich der Sozialversicherungshaushalte und einschließlich der voraussichtlichen vollzugsbedingten Auswirkungen darzustellen.

### **III. Gesetzgebungskompetenz/Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen**

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen stützt sich auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die im Krankenhausbereich vorgesehenen Maßnahmen stützt sich auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit, vor allem aber der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Art. 72 Abs. 2 GG).

Dies gilt für folgende Änderungen: Finanzierung der Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an Stichprobenkalkulationen aus den Mitteln des DRG-System-Zuschlages, Vergütung für die Behandlung extra teurer Patienten zur Vermeidung von Kostenunterdeckungen im DRG-System, Regelung zur MDK-Stichprobenprüfung von Krankenhausrechnungen, Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Auswertung und Veröffentlichung der DRG-Leistungsdaten der Krankenhäuser durch das Statistische Bundesamt, Kürzung der Rechnungen der Krankenhäuser für die voll- und teilstationären Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, Absenkung der Mindererlösausgleichsquote, Zulässigkeit einer technisch bedingten Überschreitung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bei der Vereinbarung des Landes-Basisfallwerts.

Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich. Dementsprechend müssen auch die für alle Krankenhäuser geltenden Rahmenbedingungen im Interesse eines einheitlichen Standards der akutstationären Versorgung der Bevölkerung bundesweit einheitlich geändert werden. Die genannten Regelungen enthalten notwendige Modifikationen. Die gesamten bundeseinheitlichen krankenhausesfinanzierungsrechtlichen Regelungen sind nach wie vor zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit erforderlich.

Die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die Regelung zur privaten Krankenversicherung ergibt sich aus Artikel 74 Abs. 11 des Grundgesetzes (konkurrierende Gesetzgebung). Eine bundesgesetzliche Regelung der Materie ist gemäß Artikel 72 Abs. 2 Grundgesetz zur Wahrung der Wirtschaftseinheit erforderlich, da die privaten Krankenversicherungsunternehmen ihr Geschäft in aller Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich undenkbar..